



Анкета для пациентов

при первичном обращении в CLINIC IN

Дорогой друг!

Благодарим Вас за обращение в стоматологический центр CLINIC IN. Мы дорожим Вашим доверием и постараемся сделать всё возможное, чтобы Вы остались довольны качеством нашей работы. Однако, прежде, чем мы приступим к лечению и консультации, просим Вас ответить на ряд вопросов. Это необходимо для оформления медицинской документации.

Ф. И. О. (полностью) _____

Дата рождения _____

Телефон (для связи, не для спама) _____

Адрес места жительства _____

E-mail _____

Откуда Вы узнали о нашей клинике? _____

На процесс лечения могут оказывать влияние некоторые заболевания, состояния, приём некоторых лекарств и т. д. При их наличии, отметьте **любым способом** соответствующие пункты:

Отметьте дату последнего посещения стоматолога, хотя бы приблизительно _____

Страдаете ли Вы аллергическими заболеваниями? если ДА, то что провоцирует аллергический приступ? _____

Имеются ли у Вас какие-либо проблемы с сердцем и сосудами? Если ДА, то какие? _____

Ваше рабочее артериальное давление (повышено, понижено, нормальное)? _____

Страдаете ли Вы заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, язвенная болезнь и т. д.) _____

Страдаете ли Вы заболеваниями эндокринной системы (диабет, «щитовидка», гормональные проблемы и т. д.) _____

Случались ли у Вас обмороки, припадки, бывает ли головокружение? _____

Есть ли у Вас какие-либо инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит, сифилис и т. д.)? _____

Появлялись ли у Вас герпетические высыпания, стоматит и иные проблемы в полости рта? _____

Есть ли у Вас иные хронические заболевания? Если ДА, то какие? _____

Беременны ли Вы (для женщин)? Если ДА, отметьте срок беременности _____

Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарства? Если ДА, то какие? _____

Были ли у Вас какие-либо травмы, хирургические вмешательства и т. д.? Если ДА, то как давно? _____

Курите ли Вы? Если ДА, то какие сигареты предпочитаете? _____

Употребляете ли Вы алкоголь (какой?), наркотики (какие)? И как часто? _____

Если у Вас имеются какие-либо иные особенности или проблемы со здоровьем, пожалуйста, сообщите об этом _____

Подписываясь ниже, Вы подтверждаете достоверность предоставленных данных:

Подпись _____ Дата _____

Вы осведомлены о конфиденциальности и согласны на обработку персональных данных:

Подпись _____ Дата _____